

XI Jornadas Interescuelas/Departamentos de Historia. Departamento de Historia. Facultad de Filosofía y Letras. Universidad de Tucumán, San Miguel de Tucumán, 2007.

El cuidado de la infancia: discursos y prácticas para la ciudad enferma y el campo saludable.

Billorou, María José (Universidad Nacional de La Pampa).

Cita:

Billorou, María José (Universidad Nacional de La Pampa). (2007). *El cuidado de la infancia: discursos y prácticas para la ciudad enferma y el campo saludable. XI Jornadas Interescuelas/Departamentos de Historia. Departamento de Historia. Facultad de Filosofía y Letras. Universidad de Tucumán, San Miguel de Tucumán.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-108/893>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

**XI° JORNADAS INTERESCUELAS/ DEPARTAMENTOS DE HISTORIA
Tucumán, 19 al 22 de Septiembre de 2007**

Título: El cuidado de la infancia: discursos y prácticas para la ciudad enferma y el campo saludable.

Mesa Temática Abierta: Historia de políticas públicas de salud, enfermedades e instituciones en Argentina y América Latina en los Siglos XIX y XX.

**Universidad, Facultad y Dependencia: Universidad Nacional de La Pampa.
Facultad de Ciencias Humanas**

Autor/res-as: María José Billorou. Docente investigadora

**Dirección, teléfono, fax y dirección de correo electrónico: Gil 353. 3° piso.
(02954)451663. majobillo@cpenet.com.ar**

Dentro de una creciente preocupación por la salud, a principios del siglo XX, el cuidado y la protección a la infancia se convirtieron en uno de sus tópicos centrales; así convocaron la atención creciente de la opinión pública y legitimaron la implementación estatal de políticas sanitarias. El colectivo médico cumplió un rol fundamental en ellas no sólo como su ejecutor sino como su garante mediante la creación de un discurso científico sobre la crianza infantil. Este papel les permitió, a su vez, tanto la consolidación de diferentes especialidades en su seno como la ampliación de la esfera de intervención estatal sobre la familia. En tanto la protección a la infancia, se transformó después de la primera guerra mundial en un tema central de la agenda internacional, posibilitó la difusión de ideas, discursos y prácticas dentro de la comunidad científica.

Las políticas de protección a la infancia, originariamente urbanas, tuvieron como objetivo, en un primer momento, la reducción de la mortalidad infantil pero además se encaminaron a responder a los desafíos de la presencia creciente de niños en su seno. Así, se perfiló una nueva concepción de la infancia que remarcaba su diferenciación con el mundo adulto. Sin embargo, hacia principios de siglo, las áreas del interior parecían estar aisladas de estas iniciativas debido a una visión benéfica e idílica de su entorno que las asociaba con ausencia de enfermedades y patologías. No obstante, hacia los años treinta del siglo XX, paulatinamente, estas ideas llegaron al Territorio Nacional de la Pampa y generaron la necesidad concreta del accionar público especialmente sobre los sectores populares; a partir de la instauración de instituciones sanitarias y del

afianzamiento de la profesión médica. Así, dentro de una estructura sanitaria en ciernes, en 1930, se creó un centro maternal transformado en 1937 en un Centro Maternal-Infantil, dependiente de la Dirección de Maternidad e Infancia al cual se anexó un Hogar Materno Infantil.

Este trabajo busca el análisis de la construcción de una incipiente política de protección materno- infantil en un área del interior argentino. Para ello, en primer lugar, examinaremos las políticas construidas desde el Departamento Nacional de Higiene; para abordar, en un segundo momento, las relaciones entre el discurso médico científico elaborado a nivel nacional y su implementación en un territorio nacional.

I. La fundación del Centro de Higiene Maternal e Infantil: “el máximo de resultados con el mínimo de gastos”

Los primeros servicios de salud en el Territorio Nacional de La Pampa, incipientes hospitales y salas de primeros auxilios, surgieron a partir de la iniciativa de la sociedad civil. Así, entre 1884 y finales de los años veinte, las mismas comunidades a través de asociaciones locales de beneficencia con apoyo de los municipios organizaron y gestionaron una rudimentaria red de instituciones de salud en la franja este y noreste de La Pampa¹. Las situaciones cotidianas de enfermedad que afectaban a los vecinos, generaron soluciones que utilizaron las donaciones, los subsidios de diferentes sectores sociales y las arcas de los municipios como fuentes de financiamiento para organizar y sostener la atención de la salud (Di Liscia, 2006; Di Liscia y Rodríguez, 2007).

En gran medida, estas iniciativas descansaron en un diagnóstico sobre la “salud territorialiana” a partir de la inexistencia de epidemias en una zona con pequeños núcleos urbanos y con una población rural no contaminada en tanto su activo contacto con una naturaleza pujante y sana. Así, esta concepción junto a las limitaciones del Estado en el Territorio, tanto a partir de su representación política como de su estructura burocrática, obstaculizaron el desarrollo de un sector de profesionales de la salud que pudiera

¹ Esta zona formaba parte del conjunto espacial denominado “pampeano”, tanto desde una perspectiva natural como económico social. Por lo tanto, concentró tanto la actividad agrícola-ganadera como la mayoría de los habitantes del Territorio. El Segundo Censo Nacional realizado en 1895, primero que recogió los datos demográficos del Territorio Nacional de La Pampa, estableció una población de 25.914 personas. El crecimiento demográfico fue constante hasta el año 1935, cuando alcanzó a 175.077 personas según los datos del Censo Territorial de 1935 (Pérez Virasoro, 1936).

erigirse como agente social y político de nuevas políticas sanitarias². Otro factor que restringió una expansión dinámica de los organismos sanitarios, radicó en las posibilidades existentes para los sectores altos y medios de la sociedad pampeana de acceso a los consultorios privados, y en casos de mayor complejidad a la estructura porteña de servicios de salud.

La fundación en 1913 de la Administración Sanitaria y Asistencia Pública en Santa Rosa, organizada a iniciativa del Dr. José Penna, significó el establecimiento de la primera institución sanitaria pública; sin embargo se instituyó como un centro modesto de escasa complejidad, casi una enfermería. En sus inicios su personal se circunscribió a dos médicos, y a dos auxiliares; la escasez de trabajadores idóneos se constituyó en un rasgo inalterable de la institución en las primeras décadas del siglo. Hacia 1931, la planta estaba compuesta de dos médicos- el director y un subalterno-, el guarda sanitario-administrador, dos enfermeros y dos sirvientes³. Para 1943 estos exiguos recursos humanos apenas progresaron con la creación de un puesto técnico de gran importancia, el vacunador; al que se le había sumado dos nuevos trabajadores dentro del personal auxiliar⁴.

En 1923 el Departamento Nacional de Higiene, bajo la dirección de Gregorio Aráoz Alfaro⁵, reconocido defensor de la protección integral de la salud infantil, buscó con la creación de la Sección de Asistencia y Protección a la Maternidad y la Infancia tanto modernizarse como ampliar su campo de acción. Así, no sólo intentó responder a las demandas existentes sobre la necesidad de extender las atribuciones del organismo, ampliación que requería una especialización en la organización burocrática sino que además adhirió a las ideas prevaletentes en el discurso médico internacional sobre la importancia del cuidado de la niñez a la vez que incorporó la experiencia llevada adelante por la Asistencia Pública de la ciudad de Buenos Aires.

² En 1912, el I Censo Territorial señalaba 42 personas dentro de “profesiones sanitarias” (incluía además enfermeros, farmacéuticos, odontólogos, parteras, etc). En 1914, el III Censo Nacional señalaba 30 en esa categoría; que se incrementaron a 78 en el II Censo Territorial de 1923 (Di Liscia, 2006).

³ AHP, Fondo de Gobierno, Nota del Departamento Nacional de Higiene N°41-e del 27 de febrero de 1931.

⁴ AHP, Fondo de Gobierno, Nómina del personal de la Administración Sanitaria y Asistencia Pública del Territorio Nacional de la Pampa. Año 1943

⁵ Pediatra e higienista, profesor honorario de la Facultad de Medicina, miembro de las academias de Medicina y Ciencias Morales y Políticas, presidente del Consejo del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia

La nueva Sección del Departamento Nacional de Higiene, encauzó sus acciones en la creación de los Centros de Higiene Maternal e Infantil. Estos establecimientos adaptaron en la Argentina, el modelo norteamericano de atención de la salud infantil. En Estados Unidos, los dos primeros “Centros de Salud” fueron erigidos simultáneamente en las ciudades de Pittsburgh y Filadelfia hacia 1912 y rápidamente se difundieron en otras ciudades norteamericanas; para 1915, funcionaban ya organismos semejantes en Nueva York y Baltimore. Estas instituciones representaban las nuevas concepciones de medicina social y preventiva que atraen la atención de los higienistas argentinos. El colectivo médico observa detalladamente estos nuevos servicios de salud en tanto nuevos modelos de gestión estatal. El Dr. Alberto Zwanck⁶, señalaba así un desarrollo creciente de la concepción de la acción médica. “La evolución concreta desde el concepto antes universal de lucha contra la enfermedad hacia otro hoy extensamente aceptado, el de mantener al individuo y a la colectividad en salud”. Los Dispensarios franceses, a partir de su triple función asistencial, educativa y social fueron el origen de los Centros de Salud, no obstante, estos desplegaban una serie de innovaciones en relación a sus antecesores. La diferencia más notable fue el destinatario de las acciones del Centro de Salud para una activa defensa a la infancia: el binomio madre-hijo se reemplazó por la “protección y asistencia al niño dentro de la familia”, así priorizaba a todo el núcleo familiar y no sólo a las mujeres y su prole. La asistencia a la familia supuso “la existencia simultánea y relacionada de problemas diversos de orden económico, médico y social en una sola unidad familiar” y provocó transformaciones en la estructura institucional ya que surgió “la necesidad de una coordinación de todos los esfuerzos hacia un mismo fin (Zwanck, 1943:1-3). El centro de Salud, simbolizaba, los logros alcanzados por la organización de salud norteamericana; la centralización de los servicios, su direccionamiento hacia un destinatario más amplio, la familia y no ya sólo las madres y los niños; la inclusión de la totalidad de las funciones: la asistencial, la educativa y la social.

⁶ Alberto Zwanck era Profesor titular de Higiene y Medicina Social de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires. Director del Instituto de Higiene y Medicina Social de la misma Facultad y del Curso Superior de la Materia creado por la Universidad de Buenos Aires para formar médicos higienistas. Este curso en 1939 se transformó en Escuela de Higiene de Higiene bajo su conducción. Director de la Escuela de Servicio Social del Museo Social Argentino y de los Cursos de Visitadoras de Higiene Social de la facultad de Ciencias Médicas. Director de la Revista *Servicio Social*, órgano de la Escuela de Servicio Social del Museo Social Argentino.

La misma posición sostuvo el Dr. Germinal Rodríguez⁷, quien caracterizó el Centro de Salud como un “Dispensario polivalente de Medicina e Higiene, donde se organizaba un servicio social completo con visitadoras de higiene y medios de ayuda social”. Efectuaba una “obra preventiva más que curativa” y conjugaba “la sanidad con la medicina social”, ya que la primera era determinadas por “las leyes de profilaxis, es decir: el diagnóstico precoz, la denuncia, el aislamiento, la vacunación y la desinfección“. De esta manera, la triple función asistencial, educativa y social de los Dispensarios era superada por la cuádruple función establecida en el nuevo organismo; “el examen médico periódico, la educación sanitaria, la profilaxis por el tratamiento y la readaptación social”. Esta ampliación de funciones implicó la inclusión “indispensable” de las visitadoras de higiene como parte del personal. (Rodríguez, 1955:356-357)

De esta manera, estos nuevos establecimientos no sólo incorporaban los conceptos vigentes de higiene y medicina preventiva en Estados Unidos sino que presentaban una serie de ventajas frente a las instituciones urbanas exitosas.

En primer lugar se adecuaban a los limitados recursos⁸ con que contaba el Departamento Nacional de Higiene. Su localización en un pequeño poblado a partir del cual ejercía una zona de influencia permitía la puesta en práctica de políticas de salud sin demasiada inversión inicial; así, “la campaña se divide en zonas tributarias de un Centro de Higiene Maternal e Infantil, desde donde se irradia una acción constante”. En segundo lugar, su gestión se dirigía hacia las madres y los niños “desde el período preconcepcional”, por lo tanto incluía bajo una misma institución diferentes especialidades: la obstetricia, la puericultura, la pediatría; de esta forma, se impedía la superposición de prácticas y se reforzaba la acción de los escasas capacidades y agentes sanitarios. En tercer lugar, comprendió la totalidad de las funciones: la asistencial, la educativa y la social; “todos los aspectos organizados de la asistencia ejercida” pero la flexibilidad de los nuevos establecimientos permitía su adaptación “en su organización

⁷ Germinal Rodríguez. Profesor titular de Higiene y Medicina Social en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires. Concejal de la Capital Federal en 1934. Miembro del Museo Social Argentino (1946-1953). Participante del Primer Congreso Nacional de Puericultura y del Primer congreso de Población (1940). A partir de la llegada del peronismo fue un activo colaborador de Ramón Carrillo. Además de ser Director de Medicina Preventiva (1946-1949) fue Director de los Archivos de la Secretaría de Salud Pública. En 1956, al fundarse la Facultad de Servicio Social en el Museo Social Argentino, fue su primer Decano.

⁸ Dicha repartición sólo contó para implementar su labor con una exigua cifra anual en el presupuesto del Departamento Nacional de Higiene bajo el título de “servicios de puericultura” (Ramaciotti y Biernat, 2005).

a las diversas necesidades de cada lugar”. La experiencia norteamericana brindaba así posibilidades de extender las políticas generadas en los centros urbanos a pequeñas poblaciones del interior del país en el contexto argentino de inexistencia de medidas uniformes y extensivas que alcanzaran a todos los grupos necesitados. La acción de los agentes sanitarios, fundamentalmente, de los médicos y las visitadoras sociales, se convirtió en el eje central que posibilitaba “llevar los beneficios de la obra a los rincones más alejados y apartados” (Olarán Chans, 1941:164-165).

Así los servicios localizados en los Centros Maternales e Infantiles dependientes del Departamento Nacional de Higiene ofrecían un modelo de curso de acción que priorizaba las necesidades locales e intentaban adaptarse a la compleja superposición de jurisdicciones en juego en el territorio argentino. Se establecieron tres Centros: uno, en San Juan, otro, en Mercedes (Corrientes) y el último, en Santa Rosa (La Pampa).

El decreto 31.299 firmado por el presidente Uriburu⁹, que estableció la creación en 1930 del Centro para el Territorio Nacional de La Pampa, revelaba claramente las características enunciadas anteriormente. La multiplicidad de especialidades en su seno se observaba en la organización planeada; de tal manera, se proyectaba que el centro contara con: consultorio pre-concepcional y pre-natal para mujeres grávidas, hogartaller para embarazadas y convalecientes, sala de partos, maternidad y asistencia domiciliaria, cantina maternal, baños, servicio odontológico, dispensario de lactantes, consultorios de enfermedades de niños con cocina de leche y servicio social anexo, pequeño hospital de niños (solos o con su madre según sea el caso), hogar para menores abandonados, cantina infantil y escuela de puericultura para madres y niñas.

Sin embargo, la complejidad concebida por Departamento Nacional de Higiene ante la necesidad de organizar los servicios de higiene y asistencia en los territorios nacionales, se encontró con la insuficiencia de recursos asignados por el presupuesto a la repartición. La solución viable para un eficaz funcionamiento del Centro fue la de solicitar la colaboración activa de la sociedad santarroseña. Por lo tanto, la nueva institución obtuvo los recursos para su actividad del Municipio, así como de los vecinos a través de una de las sociedades locales de beneficencia, la Asociación de Damas Cooperadoras del Patronato de Menores; como de pobladores locales en forma

⁹ AHP, Fondo de Gobierno, Decreto 31.299 H 1930, Presidente Uriburu.

individual¹⁰. Finalmente, el personal técnico¹¹ que como ya hemos visto constituía el núcleo del trabajo sanitario efectivo en toda el área de influencia, estaba bajo la dirección técnica y administrativa del Departamento Nacional de Higiene aunque su trabajo se realizaba en forma ad-honorem. Así, la nueva institución, modelo de protección a la infancia, adaptó las modernas ideas vigentes en el discurso médico internacional y nacional a las realidades posibles de ser implementadas en el Territorio Nacional de La Pampa.

II. Una nueva legislación nacional: La ley Palacios y la creación de la dirección de Maternidad e Infancia.

En mayo de 1926 los doctores Aníbal Olarán Chans¹² y Luis Siri, responsables de la Sección de Asistencia y Protección a la Maternidad y la Infancia del Departamento Nacional de Higiene, presentaron en la Sociedad Argentina de Pediatría un programa de asistencia y protección de la madre y el niño. Dicho proyecto con el aval de la Sociedad se remitió al Congreso Nacional; después de casi diez años, el senador Alfredo Palacios lo presentó a la Comisión de Legislación de la Cámara de Senadores. Por fin, luego de los trámites legales pertinentes, el 21 de diciembre de 1936 se sancionó la ley de Protección Maternal e Infantil (12.341), conocida también bajo el nombre de Ley Palacios, que implantó la Dirección de Maternidad e Infancia bajo la Dependencia del Departamento Nacional de Higiene. Un decreto reglamentario de marzo de 1937, elaborado por Anibal Olarán Chans y Luis Siri, designados Director y Subdirector de la nueva repartición; reafirmó el carácter nacional de la nueva repartición del Departamento Nacional de Higiene y determinó su organización interna.

¹⁰ El vecino santarroseño, Alfonso P. Gamberini, dueño de la casa ocupada por el flamante Centro ante la imposibilidad de la Comuna de seguir abonando el importe del alquiler, hizo donación de seis meses de arrendamiento; de esta manera, impidió la clausura del servicio de asistencia y de protección a la madre y al niño (La Arena, 1942).

¹¹ En el momento de su creación el personal técnico ad-honorem estaba compuesto por los doctores José Curci, Salvador T. Montoya y Luis Moré, los odontólogos Carlos E. Anello y Alberto Leiva, la obstétrica María Rivier de Goñi y las enfermeras Pilar País Colom y María de Amayor (AHP, Fondo de Gobierno, Decreto 31.299 H 1930, Presidente Uriburu)

¹² Aníbal Olarán Chans: pediatra y puericultor. Graduado en 1919 en la Facultad de Ciencias Médicas. Elaboró su tesis sobre "Climatoterapia de la tuberculosis en la República Argentina". Director General de Maternidad e Infancia de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia del Departamento Nacional de Higiene hasta 1946. Jefe de la Policlínica de Niños y Departamento del Lactante del Hospital Alemán. Autor de numerosos trabajos entre los que se destacaron, *Higiene y alimentación del Niño* con prólogo de Araújo Alfaro (*Quien es quién en la Argentina: biografías contemporáneas*, 1958-59:556-557).

Sin embargo, en julio de 1937 el Patronato Nacional de Menores, organismo privado encargado de la asistencia de la infancia abandonada y delincuente, dependiente del Ministerio de Justicia e Instrucción Pública, planteó una oposición formal a la reglamentación de la ley 12.341 debido a la existencia de una superposición de atribuciones entre el Patronato y la Dirección recién creada. La resolución a este conflicto, dada por el decreto 5.520, del 15 de junio de 1938, estableció una nueva reglamentación de la ley “Palacios” en la que se reorganizó la Dirección y se restringió su incumbencia a los niños menores de 6 años (Ramaciotti y Biernat, 2005).

Más allá de los conflictos planteados, la finalidad de la legislación era la institución de un organismo estatal nacional que estableciera políticas de protección a la madre y al niño. El objetivo central de la acción de la nueva Dirección, tal como emanaba del artículo tercero de la ley, era “propender al perfeccionamiento de las generaciones futuras por el cultivo armónico de la personalidad del niño en todos sus aspectos, combatiendo la morbimortalidad infantil en todas sus causas y amparando a la mujer en su condición de madre o futura madre”. Claramente, la nueva reglamentación priorizaba el territorio nacional como ámbito de acción de las instituciones sanitarias estatales.

El instrumento seleccionado por las autoridades de salud, como ya hemos analizado, tanto gracias a la novedad científica que encarnaba como a las ventajas y capacidades que entrañaba, fue el Centro Maternal e Infantil. Por lo tanto, la Dirección de Maternidad e Infancia, desde su creación en 1937, privilegió la creación de dichos establecimientos “dispersos en todo el territorio del país” como elemento organizativo central de su labor. La gran diversidad de la nación, “con características fundamentalmente distintas en sus diferentes zonas”, particularidades “de clima, de raza, de costumbres, de recursos y de cultura” requerían por lo tanto instituciones ágiles que brindaran “soluciones diversas adaptadas a las necesidades propias de cada región”. Además, estos organismos eran los únicos capaces de brindar una asistencia que contemplara los principios de la medicina social¹³ sostenidos en la Ley Palacios “no

¹³ A partir de los años veinte, la medicina comienza a ocuparse de la problemática social vinculada a su área y esto se demuestra en los diferentes contenidos adjudicados al calificativo social. Un primer significado alude a aquellas conductas desviadas de las normas sociales, el alcoholismo, las enfermedades venéreas, la prostitución, las toxicomanías; un segundo sentido se aplica para la tuberculosis y la tercera acepción comenzó a utilizarse para la reivindicación de una intervención preventiva que preservara los intereses de la comunidad (Belmartino, 2004:272).

sólo la protección sino la asistencia activa, aún bajo la faz médica, de la madre y del niño” (Olarán Chans, 1941:164). Así, en correspondencia con los postulados centrales de la medicina social, las nuevas organizaciones se dirigieron hacia un sujeto colectivo, la niñez que debía ser preservada de la enfermedad y fueron más allá de la asistencia hacia un sujeto individual: el enfermo que debía ser sanado.

Finalmente, los Centros Maternales Infantiles, tuvieron como objetivo central, la disminución de la mortalidad infantil y materna; en gran medida a partir de los logros alcanzados en la ciudad de Buenos Aires, especialmente por la labor de la estructura institucional municipal, la Dirección de Protección a la Primera Infancia. La mortalidad infantil en la ciudad de Buenos Aires se redujo desde fines del siglo XIX, de acuerdo a una trayectoria determinada. En un primer momento, se desarrolló una fase de declive acelerado, entre 1890 y 1904. En menos de quince años los valores disminuyeron por debajo de 100 por mil. A partir de la década de 1920 se registró una fase de descenso sostenido, con variaciones relativas muy significativas a partir de la década de 1930. Esta disminución comprendió tanto las muertes por enfermedades endógenas como por patologías. A mediados del siglo XX, alcanzó valores por debajo de 40 por mil. De manera esperada, el descenso una vez iniciado, se sostuvo a lo largo del tiempo (Mazzeo, 1993; Cabella y Pollero, 2004).

En el resto del país, la mortalidad infantil, mantuvo su importancia; no se logró el descenso alcanzado en la ciudad de Buenos Aires. El índice presentaba diferencias regionales nítidas. En la década de 1920, las provincias del norte argentino mantuvieron una mortalidad elevada, Tucumán, Salta, Catamarca, Jujuy entre los cien cincuenta por mil y los doscientos por mil; situación sin casi variaciones vivieron las provincias de Cuyo, San Juan, Mendoza y San Luis, aunque en esta última el índice era de 124 por mil. Las provincias del Litoral, Entre Ríos, Corrientes y Santa Fe, ostentaban unos valores entre 100 por mil y ciento veinte por mil. Los valores de Córdoba alcanzaban los 135 por mil. Sólo la provincia de Buenos Aires había logrado descender este índice por debajo de los cien por mil: 99 por mil (Fausto y Devoto, 2004:155).

El registro estadístico de la cantidad de niños menores de un año de vida muertos denunciaba graves fallas del aparato estatal. En primer lugar, la poca fiabilidad de los datos estadísticos, radicaba en gran medida, a la irregularidad en el registro de nacimientos así como de defunciones de niños. En torno a este último punto, el asiento

de las causas de la muerte reflejaba inexactitudes importantes. La documentación estadística de la mortalidad infantil, evidenciaba una enorme cantidad de defunciones infantiles no registradas, situación que ocurría tanto en el interior como en la ciudad de Buenos Aires aunque por diferentes causas. En las provincias y gobernaciones la causa principal radicaba en la insuficiente presencia del aparato estatal encargado de la inscripción de nacimientos, por lo tanto un gran número tanto de nacimientos como de defunciones nunca se anotaban, situación favorecida por la práctica de inhumar los fallecimientos en cementerios particulares. De esta manera, claramente se evidenciaba el desarrollo desigual tanto de la presencia del estado nacional así como de sus facultades para regular las relaciones sociales (Otero, 2004b:99).

Esta realidad tangible, silenciosa y cruenta, la mortalidad infantil, se convirtió en el enemigo a derrotar desde 1923, con la creación dentro del Departamento Nacional de Higiene de la Sección de Asistencia y Protección a la Maternidad y la Infancia. Este objetivo se reafirmó a partir de 1937 con la institución de la Dirección de Maternidad e Infancia, especialmente a través de su División de Higiene y Servicio Social dirigido por el Dr. Pilades Dezeo¹⁴. Esta agencia era la encargada de las investigaciones demográficas y estadísticas sanitarias; del estudio de todos los problemas de orden médico, higiénico y social relativos al niño; la organización de la propaganda higiénica y la educación popular sanitaria y finalmente, de la aplicación de medidas tendientes a asegurar el desarrollo armónico de la infancia en todos sus aspectos¹⁵.

La obra de los Centros de Higiene Maternal e Infantil, por lo tanto, estaba subordinada a reducir la mortalidad infantil “en un país donde fallece un elevado número de niños sin diagnóstico y sin asistencia médica” así como la mortalidad materna debido al deceso de “madres en el trance del parto, por ignorancia completa de las personas que lo atienden”. Así, la era prioritaria la implementación “inmediata al interior” de una “obra real y efectiva” a través de las instituciones sanitarias dependientes de la Dirección de Maternidad e Infancia (Olarán Chans, 1941:164).

¹⁴ Pilades Dezeo se dedicó a la Higiene y Medicina Social, fue profesor titular en la Plata, adjunto en Buenos Aires en el Instituto de Higiene y profesor en la Escuela de Servicio Social del Museo Social Argentino. También fue médico de los Hospitales Alvear y Tornú dependientes de la Asistencia Pública de la ciudad de Buenos Aires

¹⁵ Decreto 5520 del 19 de febrero de 1938 (Ley de Protección Maternal e Infantil, 1938)

Esta tarea, sin embargo, involucró muchas dificultades. La más perentoria, la insuficiencia presupuestaria. El presupuesto con que contaba hacia 1939 la Dirección alcanzaba la “reducida suma de 1.700.000 pesos” (Olarán Chans, 1939:139), importe que se redujo a la asignación anual de 1.000.000 pesos incluida en la Ley de Presupuesto General de Gastos de la Nación”. Si la formación de un centro materno infantil significaba “la suma de 22.000 pesos, cifra que alcanzaba los 100.000 pesos si se incluían los servicios de maternidad” (Olarán Chans, 1941:168), la posibilidad de extender la red institucional se encontraba seriamente limitada. Así, sólo existían cincuenta instituciones para todo el país, aunque todas las provincias y territorios tenían uno, y en otros casos llegaban a cuatro centros por jurisdicción; distaba enormemente de las aspiraciones médicas de cubrir el territorio nacional con una red planeada de quinientos centros.

Una iniciativa que intentaba paliar la insuficiencia de infraestructura fue la construcción de tres equipos para consultorios ambulantes de puericultura; con sedes en el norte, Salta, en el centro, San Luis y en el sur, Santa Rosa la capital del Territorio Nacional de La Pampa. Se pretendía, con la menor inversión posible atender las necesidades de la población del interior dispersa en la “dilatada campaña”, por lo tanto, los consultorios tenían una zona de influencia a la que atendían desde “los villorrios y caseríos” en los que se detenían. En pos de este objetivo, la acción de los consultorios debía centrarse a “la prestación de “ayuda sanitaria”, la divulgación de preceptos higiénicos”, la confección de “encuestas sanitarias para realizar las estadísticas correspondientes” y la “aplicación de las diferentes vacunas” (Olarán Chans, 1939:139-143).

En segundo lugar, la restricción de los recursos disponibles se trasladó a las condiciones laborales para el ejercicio profesional del personal médico y técnico necesario para una eficaz obra de asistencia. Los sueldos exigüos determinaron, en gran medida, la falta de especialización de los recursos humanos del Entro, el médico, la enfermera-visitadora y la preparadora de alimentos. Una solución planeada ante la necesidad de preparar al personal técnico: enfermeras, visitadoras y preparadoras de alimentos, también aunque en menor medida las parteras, de quienes se buscaba preferentemente que fueran oriundas de la zona; fue la fundación de un Instituto Modelo en Buenos Aires. Concebido como Escuela Práctica de Puericultura, su finalidad era

uniformar las normas de todas las instituciones para llevar a cabo “una obra armónica”. Hacia 1939, el Instituto sólo continuaba en bosquejo y en parte, la función educativa y centralizadora, la realizaba el Centro de Higiene Maternal e Infantil instalado en Avellaneda (Olarán Chans, 1939:140).

Sin embargo, la incipiente, red institucional de Centros Maternales Infantiles, se organizó en base a una jerarquía de la oferta de recursos y servicios disponibles. De este modo, para designar la categoría de los centros se utilizaron letras, desde la A hasta la E. Precisamente, la categoría A se utilizaba para nominar a la institución con menor complejidad, diversidad que aumentaba hasta llegar a la categoría E que calificaba a los Centros que contaban con los servicios de mayor importancia y multiplicidad. Los Centros E poseían consultorio externo de niños y de madres, servicio social, internado de niños, sala-cuna, hogares para embarazadas y madres, maternidad, cantinas maternal e infantil, baños para madres y niños, y asistencia odontológica. Sólo dos de estos funcionaban en el país, los antiguos Centros creados en 1923, uno en Mercedes, provincia de Corrientes y el otro en Santa Rosa, Territorio Nacional de La Pampa (Olarán Chans, 1939:140-143).

III. Las acciones concretas: “La piedra fundamental de una obra que irá creciendo con el tiempo” (Olarán Chans, 1939:143).

El impulso de políticas concretas de protección y auxilio a la infancia, realizado por el Estado Nacional se integraba a un proceso de expansión de las instituciones sanitarias. Paralelamente, a la integración del Centro existente en la ciudad de Santa Rosa dentro de la categoría más completa en los servicios asistenciales infantiles; se inauguró en 1938 el Hospital Regional también en la ciudad de Santa Rosa¹⁶, con una capacidad de internación de alrededor de doscientas camas y con la infraestructura más moderna disponible. En la base de crecimiento institucional se encontraba una visión más sistémica y global de los problemas de salud de la población argentina (Belmartino, 2005). En el caso pampeano, además, el Estado nacional acompañó esta transformación con la captura de información estadística acerca de la infraestructura existente en salas

¹⁶ El presidente de la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales, Dr. Nicolás Lozano, viajó desde la ciudad de Buenos Aires para inaugurar el Hospital Regional el 8 de febrero de 1938. En su estadía en Santa Rosa, visitó los diferentes establecimientos locales de asistencia social, especialmente el Patronato de Menores y el Centro de Higiene Maternal e Infantil. Según la prensa local, “elogiaron la obra que desarrollan” y el “valioso aporte que ello significa para el alivio de los necesitados” (*La Capital*, 9 de febrero de 1938).

de primeros auxilios y hospitales dependientes de las sociedades de beneficencia, así como del personal técnico, administrativo y de servicio (Di Liscia, 2006).

El Centro de Higiene Materno Infantil se expandió a partir de las prestaciones tradicionales, los consultorios y la Cocina de Leche que funcionaban en el Edificio de la Asistencia Pública; se anexó la Maternidad y el Hogar Maternal Infantil en otra propiedad en alquiler. La localización de estos últimos servicios, más alejada del centro de la ciudad, no sólo respondía a las dificultades edilicias existentes para encontrar sitios adecuados en el interior del país junto a la imposibilidad de hacerles reformas en tanto locales alquilados (Olarán Chans, 1939); sino que este emplazamiento en pleno corazón del barrio de los trabajadores intentaba garantizar su función médico social.

El perfil establecido por la Dirección de Maternidad e Infancia que caracterizaba a un “Centro bien dotado” señalaba tres ejes de acción. En primer lugar los servicios destinados a la acción educativa y social, en tanto constituían el núcleo central de la medicina social incluían una gran diversidad de prácticas. Se mantuvo la organización más tradicional de consultorios e internados en la que se introducían novedades: baños, cocina de leche, visitas domiciliarias, exposiciones, centros de enseñanza, salas-cuna¹⁷. En segundo lugar, las prestaciones orientadas a atención de las madres antes, durante y después del nacimiento que intentaban dar solución no sólo a los problemas médicos sino también a la situación social de las madres solas y pobres¹⁸. En tercer lugar, los beneficios destinados a la atención pediátrica de los niños, sector que conservaba un predominio en la estructura organizativa¹⁹. Finalmente, se agregaban los “servicios anexos” que representaban tanto el papel de los adelantos tecnológicos en el área médica

¹⁷ Esta área implicaba la existencia de consultorio preconcepcional, consultorio prenatal, consultorios para nodrizas y lactantes sanos o con simple trastornos nutritivos, consultorios para niños mayores de dos años no enfermos, instalaciones completas de baños para embarazadas, madres y niños, servicios de enfermeras visitadoras de niños a domicilio, centro de enseñanza práctica de puericultura para madres, maestras y alumnas de escuelas primarias y secundarias, cocina de leche, exposiciones de puericultura permanentes y ambulantes, internados para madres sanas con sus hijos, internados para niños solos, sala-cuna para madres trabajadoras (Olarán Chans, 1941: 165).

¹⁸ Los servicios dentro de esta sección comprendían: hogar para embarazadas solteras, abandonadas o indigentes, salas de parto, maternidad y hogar para madres solteras, abandonadas o indigentes (Olarán Chans, 1941: 165).

¹⁹ Las prestaciones pediátricas constaban de los consultorios externos para niños enfermos así como de salas de aislamiento para niños internos enfermos (Olarán Chans, 1941: 165).

como el desarrollo de las disciplinas anexas en el campo de acción: la protección materna infantil²⁰.

El Centro Materno Infantil de la ciudad de Santa Rosa, que alcanzó la mayor categoría dentro del sistema, nos permite analizar la práctica concreta de los servicios de atención y protección a la infancia del Departamento Nacional de Higiene. La conducción del Centro estaba cargo del director de la Asistencia Pública, Dr. Mario P. Cabella. En el mismo edificio de la Asistencia, junto a la dirección, se encontraban las secciones relacionados a ella: administración y bio-estadigrafía. Las innovaciones introducidas compartían también el mismo espacio tanto las divisiones correspondientes al área social: el servicio social encargado de las visitas domiciliarias, los baños para madres y niños, la cantina maternal e infantil con su correspondiente cocina encargada de la distribución de alimentos y raciones y al fin, la escuela de madres; como los departamentos de las especialidades existentes: los consultorios odontológicos y de garganta, nariz, oído, ojos y piel así como los dispositivos técnicos utilizables: el laboratorio, la farmacia, los rayos x y la división de fisioterapia.

Las prácticas médicas técnicas más frecuentes realizadas en los primeros años de vida del Centro, fueron las aplicaciones de rayos ultravioletas y en menor grado las intervenciones quirúrgicas. La aplicación de rayos, utilizada para el tratamiento de la ictericia en el recién nacido, disminuyó con el correr de los años aunque se mantuvo como tratamiento; la reducción de las cirugías menores acompañó a la consolidación del Hospital Regional como centro quirúrgico de complejidad.

Cuadro N°1: Prácticas realizadas en el Centro Maternal e Infantil (1938-1942)

	1938	1940	1941	1942
Aplicaciones rayos ultravioletas	1.170	833	530	310
Intervenciones quirúrgicas	58	131	-	-
Baños Niños y Mujeres	19.242	31.490	29.771	23.791

Fuente: Memoria del Gobierno de Evaristo P. Virasoro. Planillas correspondientes al movimiento registrado en el Centro de Higiene Maternal e Infantil 1940-1941-1942. Informe elevado por el director del. Dr Mario Cabella. Año 1942-1943. Elaboración propia.

Sin embargo, las actividades más realizadas en el Centro fueron los baños de niños y madres. La ley de protección maternal e infantil, en su artículo 64 establecía dentro de las prestaciones propias a los objetivos perseguidos por la división VI:

²⁰ Los servicios anexas comprendían rayos x, rayos ultravioletas, oftalmología, otorrinolaringología, ortopedia, gimnasia, servicios de odontología, laboratorios de análisis biológicos, químicos y de leche (Olaran Chans, 1941: 166).

asistencia a niños enfermos anormales y necesitados, “por todos los medios posibles la instalación de servicios gratuitos de baños para madres y niños”(Ley de Protección Maternal e Infantil, 1938). Claramente, esta práctica se encontraba legitimada a partir de la concepción de higiene positiva, que combinaba la preocupación por la salud, la plenitud física y la perfección moral. De esta manera, se fortaleció la convicción de que a partir del ejercicio de ciertas normas, conductas y prácticas, se obtenía la salud entendida como valor integral y absoluto²¹. La limpieza tanto del cuerpo como de los ambientes se convirtió en instrumento clave para la prevención de enfermedades. La difusión de este discurso médico en toda la sociedad, explica, en gran medida la generalización e incorporación de este hábito. Sin embargo, la dependencia de las instalaciones del Centro evidenciaba la poca infraestructura disponible de servicios básicos en la Ciudad de Santa Rosa. La prensa local reflejaba las dificultades de vivienda con los requerimientos necesarios para una vida sana²².

La odontología se consolidó como una especialidad dentro del Centro, en consonancia con las directivas nacionales más exitosas de la Dirección de Maternidad e Infancia; en gran medida este éxito se debió a la ausencia de competencia jurisdiccional con otras instituciones, sobre todo en Capital Federal. La preocupación del Estado nacional para implementar políticas tendientes a promover la salud odontológica de madres y niños, emanaba de la propia Ley Palacios que establecía entre sus divisiones, la última, la octava: la asistencia odontológica. Para llevar adelante, el Estado invirtió en la compra del equipamiento necesario para la instalación de modernos consultorios odontológicos²³.

Cuadro N°2: Atenciones odontológicas (1938-1942)

²¹ El discurso médico dictaba conductas, ideales, tareas y prácticas que moldearon la vida individual. El concepto de dietética permitía definir estas prescripciones para el cuidado del cuerpo. La dietética moderna, diferente de su antecesora hipocrática, impuso un régimen de vida que partía de la premisa de que la ausencia de enfermedad no implicaba un estado óptimo (Pedraza Gómez, 2002:301).

²² En especial el artículo publicado en el diario La Capital del 1 de abril de 1939: “Los ranchos: incubadoras fatales”.

²³ La Memoria del año 1940 de la Dirección de Maternidad e Infancia consignaba la compra por licitación de moderno equipamiento para los consultorios de los centros de Avellaneda, Formosa, Mercedes (Corrientes), San Juan y Santa Rosa (La Pampa), en funcionamiento, y de los centros de Concordia, Cruz del Eje, Esquel, Jujuy, La Rioja, Mendoza, Resistencia, Salta, San Luis, Santiago del Estero y Zárate, cuyas actividades deben iniciarse en 1941. Cada consultorio contaba con un equipo dental, un sillón hidráulico, un mueble para guardar instrumental, un balde automático e instrumental para cirugía (Ramaciotti y Biernat, 2005).

Año	Niños y mujeres atendidas
1938	2955
1940	2274
1941	3338
1942	3371

Fuente: Planillas correspondientes al movimiento registrado en el Centro de Higiene Maternal e Infantil 1940-1941-1942. Informe elevado por el director del. Dr Mario Cabella. Año 1942-1943. Elaboración propia.

Como se observa en el cuadro anterior, la atención odontológica adquirió una fuerte presencia dentro de los servicios brindados por el Centro para madres y niños que se mantuvo constante a lo largo de los años.

Las primeras instituciones de atención maternal e infantil en la ciudad de Buenos Aires; los Dispensarios de Lactantes se desarrollaron a partir del paradigma organizativo generado en la medicina francesa, tanto en la puericultura como en la pesquisa de la tuberculosis. De este modo, estos organismos surgieron con la triple función, como ya hemos señalado, la asistencia médica, educativa y social. Desde estos centros sanitarios, se buscó solucionar la mortalidad infantil, una de las causas más frecuentes radicaba en la alimentación artificial. Por lo tanto, a partir del éxito logrado en la ciudad de Buenos Aires, se impuso en todos los organismos de protección maternal, un nuevo servicio: la Cocina de Leche. En el Centro de Higiene Maternal e Infantil de Santa Rosa, se incorporó esta destacada experiencia para la preparación y reparto de alimentos.

Cuadro N°3: Alimentos distribuidos (1938-1942)

	1938	1940	1942
Leche	51.252 litros	57.725, 50 litros	43.463 litros
Leche en polvo	433 kilos	506 kilos	
Harinas	1215 kilos 260 gramos	2026 kilos	
Azúcar	1405 kilos	4.129 kilos	
Frascos de leche	133.975	180.791	192.131
Raciones de comida	36.375		

Fuente: Memoria del Gobierno de Evaristo P. Virasoro. A.HP. Planillas correspondientes al movimiento registrado en el Centro de Higiene Maternal e Infantil 1941-1942. Informe elevado por el director del. Dr Mario Cabella. Año 1942-1943. Elaboración propia.

En esta Cocina, se preparaban los alimentos indicados cotidianamente, en porciones divididas con la dosificación necesaria para la crianza de un niño sano. Al mismo tiempo, buscó transformarse en una escuela para las madres en la técnica dietética infantil. Si la madre se encontraba imposibilitada de alimentar naturalmente a su hijo, la

Cocina de leche dirigida por la preparadora que era el personal capacitado en la elaboración de las fórmulas alimenticias corrientes indicadas por el médico²⁴, proveía conjuntamente con las indicaciones médico-higiénicas, la solución del problema económico. Se entregaba diariamente, en el horario establecido, la ración para 24 horas repartidas en frascos y acondicionada en una canasta de alambre. El único desembolso requerido era un depósito en garantía de los frascos y canastas, devuelto al dejar de retirar el alimento.

También el servicio social, se consolidó con la reorganización del Centro. Las visitadoras, auxiliares sanitarias que se ocupaban sobre todo de los “casos sociales”, constituyeron una profesión absolutamente feminizada. Su origen tiene relación con una visión de género muy particular, que planteaba la necesidad de incorporar la abnegación y el cuidado higiénico-científico para un seguimiento sistemático de la población indigente. Las visitadoras del Centro²⁵, se erigieron en la presencia cotidiana en contacto con las familias con problemas de salud; por lo tanto parte importante, de su tarea se desarrollaba fuera de los centros sanitarios y asistenciales. Estas mujeres buscaron construir un vínculo permanente con el Centro y actuaron como eficaces intermediarias entre médicos y familias. A través de la acción de las visitadoras, se lograría el contacto con aquellos niños cuyo crecimiento se encontraba más alejado de la supervisión y el control. Además, las visitadoras, por su condición de mujeres, se constituyeron en las poseedoras tanto del saber como de la sensibilidad necesarias para la tarea.

Cuadro N°4: Cantidad de visitas realizadas a los hogares (1936-1943)

Año	Cantidad de visitas
1936	118
1937	1560
1938	1242
1939	1180

²⁴ Las preparaciones incluían desde simples diluciones de leche y agua, los preparados de leches modificadas como el bauberre, leche albuminosa, leche hipergrasosa de Gaing, entre otras, hasta el cocimiento de cereales y harinas.

²⁵ Durante el período, 1938-1943, las visitadoras fueron: Elena Zucca, Mercedes Mallo de Korn, María Ester Malaurie de Ulivarri, Victoria Gómez de Zucca, Sara R. Higovi de Acuña, y Libertad Kelly

1940	1216
1941	2344
1942	1130
1943	2804

Fuente: Memoria del Gobierno de Evaristo P. Virasoro. AHP. Informe elevado por el director del Centro de Higiene Maternal e Infantil. Dr Mario Cabella. Año 1942-1943. Elaboración propia.

El cuadro N°4, nos permite observar el gran número de visitas efectuadas; en tanto constituían el núcleo de su labor. El objetivo de dicha actividad era múltiple, incluía tanto recordar el calendario de vacunación, llevar la medicación en enfermedades como la tuberculosis y las venéreas; realizar el control de los embarazos y de los partos, observar la alimentación de bebés y niños pequeños –con vigilancia del peso, altura y otras variables de crecimiento normal- además de examen del orden y limpieza de las personas y viviendas. Ejercían, además, tareas de inspección; vigilaban que los partos fueran realizados por parteras autorizadas y estaban obligadas a denunciar la atención ilegal de los nacimientos. En mucho de los casos, sus acciones buscaban transformar situaciones sociales desesperadas; se ocupaban de legalizar los matrimonios, sobre todo ante la presencia de hijos en la pareja, y de conseguir víveres (Di Liscia y Billorou, 2005).

La Maternidad, que funcionaba en un edificio separado de la estructura descripta comprendía tanto el control del embarazo como la atención del parto; para ello disponía de una sala de partos y cirugía como de las instalaciones necesarias para el alojamiento de embarazadas y puérperas.

Cuadro N°5: Mujeres atendidas (1938-1942)

	1938	1940	1941	1942
Consultas ginecológicas	318	-	1908	2.190
Consultorio prenatal	475	2.130	-	-
Internadas	671	-	742	761
Atendidas durante el parto	242	378	348	385

Fuente: Memoria del Gobierno de Evaristo P. Virasoro. A.HP. Planillas correspondientes al movimiento registrado en el Centro de Higiene Maternal e Infantil 1941-1942. Informe elevado por el director del. Dr Mario Cabella. Año 1942-1943. Elaboración propia.

El cuadro anterior indica que el número de atención de partos era significativamente menor a las consultas prenatales realizadas por las embarazadas en el Centro. Aunque a partir de su inauguración en 1938, también funcionó una sala de obstetricia en el Hospital Común Regional a cargo de la partera, Sra Dina S. de

Pavanello, el número tan bajo de partos hospitalizados no se debe a la derivación de los partos a otros servicios de salud; sino a que la mayoría de los nacimientos ocurrían en los domicilios particulares, en muchos casos bajo la supervisión de la partera²⁶ y en menor medida, del médico.

Finalmente junto a la Maternidad se situaba la sección infantil compuesta por los consultorios externos, el internado de lactantes enfermos, solos o con sus acompañantes y el servicio más novedoso el Hogar Infantil. Nuevamente, como se observa en el cuadro siguiente, el consultorio externo pediátrico mostraba un gran dinamismo y se constituyó en los servicios más utilizados por la población de la ciudad. La cantidad de pacientes atendidos en los consultorios externos se mostraba acorde en relación a la conjunto de habitantes de la ciudad; para 1935 la población de Santa Rosa alcanzaba los 10.326 habitantes (Ander Egg, 1958).

Cuadro N°6: Niños Atendidos (1938-1943)

	1938	1940	1941	1942	1943
Consultorio Externo	10.295	10.186	8.848	6.050	7.509
Internados con o sin su madre	357	795	1.358	618	

Fuente: Memoria del Gobierno de Evaristo P. Virasoro. A.HP. Planillas correspondientes al movimiento registrado en el Centro de Higiene Maternal e Infantil 1941-1942. Informe elevado por el director del. Dr Mario Cabella. Año 1942-1943. Elaboración propia.

El Hogar Materno-Infantil, obra novedosa guiada por los principios de la medicina social en boga, proporcionaba una solución a las necesidades de madres trabajadoras, quienes podían confiar el cuidado y atención de sus hijos hasta los seis años durante el día para ir a lavar la ropa, limpiar o servir en casas de familia; los niños retornaban a sus hogares con sus padres por la noche. Existía además el Jardín de Infantes atendido por maestras del cuerpo de visitadoras²⁷. El Hogar llegó a albergar en los años siguientes a más de sesenta niños de hasta seis años; de acuerdo al registro pormenorizado llevado a cabo por la encargada, las mismas madres iban a limpiar y a lavar la ropa del Hogar gratuitamente²⁸.

²⁶ En los avisos clasificados de los principales diarios de Santa Rosa en el período, aparecían diariamente los servicios ofrecidos por las distintas parteras que proponía distintas alternativas de atención: “recibe pensionistas” como “atiende enfermas al campo” (Ver *La Capital* y *La Arena*).

²⁷ AHP, Fondo Gobierno, Cincuentenario de Santa Rosa. Carpeta N°7, Legajo N°1. Año 1942

²⁸ AHP, Fondo Salud, Cuadernos de Partes Diarios del Hogar del niño, 1940-1941. Encargada: Matilde Puitz.

Así, a partir del análisis realizado, el Centro de Higiene Maternal Infantil amplió su oferta de servicios y prestaciones, e implementó algunas de las estrategias de protección maternal e infantil más recientes, las visitas sociales, el Hogar, la Cocina de leche. Sin embargo la médula central de su tarea radicó en las prestaciones más sencillas, la consulta médica de niños y madres.

IV. Algunas conclusiones: “La obra del Centro es alentadora”

La protección infantil en el territorio Nacional de La Pampa formó parte de una visión más sistémica y global de los problemas de salud de la población argentina (Belmartino, 2005). De esta manera, el Estado buscó generar políticas públicas que lo constituyeran como un actor dinámico para satisfacer las demandas de salud de la sociedad argentina. La fundación del Centro de Higiene Maternal e Infantil en 1930 y su posterior reorganización hacia 1938 evidenciaron el compromiso estatal hacia la salud materna infantil.

El desarrollo del Centro, mostraba las limitaciones de las políticas estatales planeadas desde Buenos Aires. Por una parte, su calificación dentro de las instituciones de mayor jerarquía y complejidad de la División de Maternidad e Infancia lo constituyó en modelo a seguir. Por otra parte, las prestaciones efectuadas en la institución exponían la distancia existente entre la planificación estatal y los recursos disponibles en el erario nacional para su realización.

Sin embargo, la tarea desarrollada por el Centro fue exitosa. La población del Territorio de La Pampa creció en forma constante hasta el año 1935, cuando alcanzó a 175.077 personas según los datos del Censo Territorial del mismo año (Pérez Virasoro, 1936). Desde ese momento, se invirtió la tendencia, así la población disminuyó hasta comprender los 167.352 habitantes en 1942 (Ander Egg, 1958: 57). La pérdida demográfica se produjo a consecuencia de una grave sequía, que implicó el despoblamiento de muchas áreas rurales, y a una atracción mayor de las metrópolis del Litoral, que incrementaron su población de manera explosiva. Dada la conexión con el ferrocarril, principal medio de comunicación, los migrantes pampeanos seguramente eligieron la provincia de o la ciudad de Buenos Aires como destino final. En este contexto, era improbable un crecimiento vegetativo explosivo que pudiese paliar la

pérdida de población; por lo tanto pero una alternativa viable para aumentar la población fue la reducción de la mortalidad infantil²⁹(Di Liscia, 2006).

Por lo tanto, la obra del Centro de Higiene Maternal e Infantil, a través de “tratamiento de la futura madre (puericultura preconcepcional y prenatal)” se constituyó en un instrumento eficaz en el logro de este objetivo. Claramente evidenciado en la disminución de la natimortalidad en la ciudad “del cincuenta y uno por mil nacidos muertos en 1928 al quince por mil en 1938”³⁰. La prensa local se hizo eco de este prestigio, en sus páginas se exponían con orgullo las actividades del Centro; su eficiencia se demostraba en la estadística mensual publicada que reflejaba su funcionamiento. De este modo, la sociedad pampeana prestigiaba las incipientes instituciones públicas de protección a la infancia más allá de las debilidades y limitaciones existentes.

Bibliografía

Ander Egg, Ezequiel (1958) *La Pampa. Esbozo preliminar para un estudio de su estructura socio-económico. Volumen 1. Demografía*. Santa Rosa, Gobierno de la Provincia de la Pampa.

Belmartino, Susana (2004) “La emergencia del estado social en la Argentina: construcción de nuevas relaciones Estado/sociedad en salud” en Alvarez, Adriana, Molinari, Irene y Reynoso, Daniel (editores) *Historias de enfermedades, salud y medicina en la Argentina del siglo XIX-XX*. Mar del Plata, Universidad Nacional de Mar del Plata. Páginas 257-289.

Belmartino, Susana (2005) *La atención médica argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos*. Buenos Aires, Siglo XXI Editores Argentina.

Biernat, Carolina y Ramacciotti, Karina (2005) “La tutela estatal de la madre y el niño en la Argentina: estructuras administrativas y elencos burocráticos (1936-1955)” ponencia presentada en IX Jornadas interesuelas/ Departamentos de historia Rosario, septiembre de 2005.

Cabella, Wanda y Raquel Pollero (2004) “El descenso de la mortalidad infantil en Montevideo y Buenos Aires entre 1890 y 1950”. Ponencia presentada en el I Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, ALAP; realizado en Caxambú, Brasil del 18 al 20 de septiembre de 2004.

Di Liscia, María Silvia (2006) “Instituciones sociales en el interior argentino: una compleja construcción estatal (1884-1940)” ponencia presentada en Ica- 52 Congreso Internacional de Americanistas, Sevilla.

²⁹ En 1935, los nacidos vivos habían sido 4.521 y las defunciones alcanzaron a 1.822. En 1941, se operó una reducción porque hubo 4.339 nacidos vivos y 1.511 defunciones (Ander Egg, 1958: 96-97).

³⁰ AHP, Fondo de Gobierno. Nota del gobernador Miguel Duval del 18 de septiembre de 1940 sobre proyecto de ley presentado por el diputado Carlos Montagna, presidente de la Comisión de Higiene y asistencia social de la Cámara de Diputados de la Nación por el que se crean siete estaciones sanitarias en el Territorio Nacional de La Pampa.

Di Liscia, María Silvia y Billorou, María José (2005) “Una introducción. Las visitadoras. Los ojos de los médicos y las miradas sobre los pobres” en Di Liscia, María Silvia y Billorou, María José (Editoras) (2005) *Cuadernos de las Visitadoras de Higiene. Fuentes para una historia de género regional*. Santa Rosa, Instituto Interdisciplinario de Estudios de la Mujer - Universidad Nacional de la Pampa. Páginas 9-19.

Fausto, Boris y Devoto, Fernando (2004) *Brasil e Argentina. Un ensaio de história comparada (1850-2002)*. San Pablo, Editora 34.

Mazzeo, Victoria (1993) *Mortalidad infantil en la Ciudad de Buenos Aires (1856-1986)*. Buenos Aires, Centro Editor de América Latina.

Nari, Marcela (2004) *Las políticas de la maternidad y maternalismo político*. Buenos Aires, 1890-1940. Buenos Aires, Biblos.

Otero, Hernán (director) (2004a) *El mosaico argentino. Modelos y representaciones del espacio y la población*. Buenos Aires, Siglo XXI de Argentina Editores.

Otero, Hernán (2004b) “La transición demográfica argentina a debate. Una perspectiva espacial de las explicaciones ideacionales, económicas y político-institucionales” en Otero, Hernán (director) (2004) *El mosaico argentino. Modelos y representaciones del espacio y la población*. Buenos Aires, Siglo XXI de Argentina Editores, páginas 71-170.

Fuentes

“Ley de Protección Maternal e Infantil (Ley Palacios)” (1938) en *Anales de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires*, Tomo IV, n 2, abril-junio de 1938, pp. 157-172.

Olarán Chans, A. (1941) “La legislación argentina en materia de protección a la maternidad y a la infancia” en *Actas y trabajos del Primer Congreso Nacional de Puericultura*. Buenos Aires, Imprenta Alfredo Frascoli. Páginas 159-169.

Olarán Chans, Aníbal, (1939) “La obra de la Dirección de Maternidad e Infancia en el interior de la República” en *Anales de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires*, Tomo V, N° 3, julio-septiembre de 1939. Páginas 138-145.

Pérez Virasoro, Evaristo, Memoria presentada al Superior Gobierno de La Nación año 1935, Santa Rosa, Ministerio del Interior, Talleres Gráficos de la Provincia de La Pampa, 1936.

Pérez Virasoro, Evaristo, Memoria presentada al Superior Gobierno de La Nación años 1936-1937, Santa Rosa, Ministerio del Interior, Talleres Gráficos de la Provincia de La Pampa, 1938.

Rodríguez, Germinal (1955) *Compendio de demofilaxis*. Buenos Aires, López & Etchegoyen, editores. Primera edición, 1936. Segunda edición, 1948.

Zwanck, Alberto (1943) “La Unidad Sanitaria en la Asistencia de la Maternidad y de la Infancia. Resumen de la Conferencia Pronunciada en la Sociedad de Puericultura” en *Anales de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires*. Tomo IX. Año 1943. Páginas 1-4.

La Arena (1942) *A Santa Rosa en su cincuentenario*. Santa Rosa, Territorio Nacional de La Pampa.